

3. Betegség vagy baleset adatai (folytatás)

n. Felvette a kapcsolatot EuroCross segélyszolgálatunkkal: nem igen Kapcsolatfelvétel időpontja: _____ . _____ . _____ .

o. Milyen intézkedés történt: _____

4. Kárigényre vonatkozó adatok

a. Külföldi tartozását kiegyenlítette-e: igen nem részben

b. Az Ön által kifizetett számlák összege: _____ (pénznem)

c. A kifizetetlen számlák összege: _____ (pénznem)

d. Ha tartozása fennáll, a hitelező személy (szerv) megnevezése:

d/1. Név: _____

d/2. Cím: _____

_____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

e. A biztosítás alapján megtérítendő összeg kifizetését devizában, külföldi személy (szerv) részére kéri:

e/1. Név: _____

e/2. Cím: _____

_____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

e/3. Bank neve: _____

e/4. Számlaszáma: _____

f. A biztosítás alapján megtérítendő összeg kifizetését forintban, bankszámlára kéri:

f/1. Számlavezető bank neve: _____

f/2. Bankszámlaszám: _____

g. A biztosítás alapján megtérítendő összeg kifizetését forintban, postai úton kéri (a nevet és a címet csak abban az esetben kell kitölteni, ha az eltér a kárbejelentő első oldalán megadottaktól):

g/1. Név: _____

g/2. Cím: _____

_____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

h. Nyújtott be másol kárigényt? nem igen

Ha igen, hol, mikor, kinek?

h/1. Név: _____

h/2. Cím: _____

_____ út, tér _____ szám _____ emelet _____ ajtó

i. Kapott-e kártérítési összeget: nem igen, összege: _____ (pénznem)

j. Rendelkezik bankkártyával? nem igen, bank neve: _____

Ha igen, a bankkártya hetedik, nyolcadik számjegye: _____

5. Nyilatkozat

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fent közöltek a valóságnak megfelelnek. Vizsgáló- és kezelőorvosaimat az orvosi titoktartás alól a külföldön történt megbetegedéssel kapcsolatban kárrendezés céljából felmentem.

Az alábbi okmányokat mellékelem: (Eredeti dokumentumokra van szükség!)

a. _____ számú utasbiztosítási kötvény

b. orvosi igazolás zárójelentés orvosi számla gyógyszervásárlási számla

c. egyéb: _____

d. _____ számú bankkártya másolata

Kárrendezés: Groupama Garancia Biztosító Zrt. Szolgáltatási Centrum: 1387 Budapest, Pf. 1049

Kelt: _____, _____ . _____ . _____ .

_____ károsult vagy meghatalmazottja aláírása